

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

M22- 0017664

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6940 Société : A25996

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOVAD KHALID

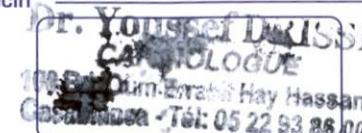
Date de naissance : 17/10/1957

Adresse :

Tél. : 0654430668 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/09/2023

Nom et prénom du malade : AOVAD KHALID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :
2.0 SEP 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Le 2.0 SEP 2023

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 07/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : M/

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07-09-13	On + ECG		300,00	DR. YOUSSEF BENSAADOU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REMBDERRAHMANE Magasin N° 15137 Tél: 052208	07/09/13	1170,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
9052208			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
DETERRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				
H				25533412	21433552
D				00000000	00000000
B				00000000	00000000
G				35533411	11433553
(Création, remont, adjonction)					
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler
cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان

- الهولتر.

Casablanca, le

07.03.23

Dr. Youssef DRISSI

Exforge 5mg/80mg



ACTW



Dr. Youssef DRISSI
CARDIOLOGUE
100 Bd. Oum Errabbi Hay Riassani
Casablanca - Tél: 05 22 93 56 05



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

Exforge® 5 mg/80 mg
28 comprimés pelliculés



611800103058 3

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

Exforge® 5 mg/80 mg
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay

Tél./Fax : 0522 93 86 00 - الهاتف : E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 06



6118001030583

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH



6118001030583

EXFORGE ○
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

Exforge® 5 mg/80 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

liste I - Uniquement sur ordonnance.

ANDREW D

07/09/2023 14:22:29

71 bpm

